



Sozialgericht Fulda  
Az. S 4 KR 220/12



Im Namen des Volkes

Urteil

In dem Rechtsstreit

der

Klägerin,

Prozessbevollm.: Rechtsanwalt Friedrich Mohr, Bauerngasse 7, 3. OG, 55116 Mainz,

gegen

die

Beklagte,

hat die 4. Kammer des Sozialgerichts Fulda auf die mündliche Verhandlung vom 4. Dezember 2018 durch den Direktor des Sozialgerichts Dr. Schütz sowie die ehrenamtlichen Richterinnen Irene Wehner und Heike Kremer für Recht erkannt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 8.660,08 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 2. März 2012 zu zahlen.
2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

## Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Die Rechtsvorgängerin der Klägerin (im Folgenden nur: Klägerin) behandelte in dem von ihr betriebenen ..... den bei der Beklagten krankenversicherten ..... (im Folgenden nur: Versicherter) in der Zeit vom 17. bis 26. Januar 2012 im Rahmen eines stationären Aufenthalts wegen eines Bauchaortenaneurysmas. Mit Datum vom 31. Januar 2012 stellte sie der Beklagten für diese Behandlung auf der Basis der DRG F08D einen Gesamtbetrag von 8.660,08 EUR in Rechnung. Die Beklagte glied den Rechnungsbetrag nicht aus. Dies beruhte auf der Auffassung der Beklagten, dass nach den Feststellungen des MDK in mehreren Strukturgutachten im Haus der Klägerin die Voraussetzungen für die Versorgung eines Bauchaortenaneurysmas gemäß der im Behandlungszeitraum geltenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Behandlung des Bauchaortenaneurysmas (im Folgenden nur: QBAA-RL) nicht erfüllt habe. Daher sei sie nicht nur Abrechnung der entsprechenden Behandlung bei dem Versicherten berechtigt gewesen. In den Gutachten hatte der MDK verschiedene aus seiner Sicht nicht erfüllte Qualitätsanforderungen der QBAA-RL benannt. Zentral wurde dabei als nicht richtlinienkonform bemängelt, dass das für den Einsatz des Operationssaals erforderliche ärztliche und nichtärztliche Personal nicht rund um die Uhr als Dienstbereitschaft im Klinikgebäude anwesend sei, sondern sich zumindest teilweise nachts nur in Rufbereitschaft zu Hause aufhalte und im Bedarfsfalle in das Krankenhaus fahre.

Mit Klageschrift vom 27. April 2012, die am 2. Mai 2012 bei dem SG Fulda eingegangen ist, hat die Klägerin Klage erhoben und verfolgt ihr Vergütungsbegehren weiter. Zur Begründung führt sie aus, dass die Beklagte schon deshalb mit ihren Einwendungen ausgeschlossen sei, weil sie das Prüfverfahren gem. § 275 Abs. 1 SGB V durch den MDK im vorliegende Einzelfall nicht eingeleitet habe. Zudem habe sie die abgerechneten therapeutischen Leistungen lege artis und qualitativ hochwertig erbracht.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 8.660,08 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 2. März 2012 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

Zur Begründung führt sie aus, dass der MDK in mehreren Gutachten festgestellt habe, die die Klägerin in ihrem Krankenhaus die personellen, organisatorischen und apparativen Strukturen gem. §§ 4 und 5 der QBAA-RL jedenfalls bis zum Jahr 2014 nicht erfüllt habe. Da es sich um strukturelle Mängel gehandelt habe, sei eine Einzelfallprüfung gem. § 275 Abs. 1 SGB V nicht erforderlich gewesen. Insofern hätten verschiedene Defizite seitens des klägerischen Krankenhauses bestanden im Hinblick auf die Qualitätsanforderungen der QBAA-RL, die einen Vergütungsanspruch insgesamt ausschließen. Dies gelte vor allem im Hinblick auf die Rufbereitschaft des OP-Personals, die angesichts der notwendig schnellen zeitlichen Reaktionsnotwendigkeit im Falle eines Bauchaortenaneurysmas keinesfalls ausreichend sei.

Wegen des Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen wird auf die eingereichten Schriftsätze nebst Anlagen sowie das Sitzungsprotokoll vom 4. Dezember 2018 verwiesen.

## **Entscheidungsgründe**

Die zulässige Klage ist begründet; die Klägerin hat Anspruch auf die geltend gemachte Vergütung.

1. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs der Klägerin ist § 109 Abs. 4 S.3 SGB V i. V. m. § 7 S. 1 Nr. 1 KHEntgG sowie der Vertrag über die Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V für das Land Hessen. Nach Rechtsprechung des BSG in früheren Jahren entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten (BSGE 86, 166, 168 = SozR 3-2500 § 112

Nr. 1, BSGE 90, 1, 2 = SozR 3.2500 § 112 Nr. 3). Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser i. S. des § 109 Abs. 4 S. 2 SGB V steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des KHEntgG und der Bundespflegesatzverordnung in der zwischen den Krankenkassen und dem Krankenhausträger abzuschließenden Pflegesatzvereinbarung festgelegt wird. Die Höhe der einem Krankenhaus zustehenden Vergütung wird durch die abzurechnende DRG (Fallpauschale) bestimmt, die wiederum von den zu kodierenden Diagnosen abhängig ist (zu den Einzelheiten s. BSG, SozR 4-2500 § 109 Nr. 11, sowie Urteil v. 25.11.2010 – B 3 KR 4/10 R – juris Rn. 13).

Dabei kann ein leistungserbringender Krankenhausträger allerdings die Vergütung einer stationären Behandlung gemäß § 39 SGB V nur dann verlangen, wenn und solange der stationäre Aufenthalt, aus rein medizinischer Perspektive beurteilt, als erforderlich angesehen werden kann. Ein Einschätzungsspielraum des behandelnden Krankenhausarztes besteht dabei nicht (BSG, Beschl. vom 25. September 2007 – GS 1/06 –, BSGE 99, 111 ff.). Gleichzeitig ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG eine Krankenhausbehandlung als solche nur dann im Rechtssinne erforderlich, wenn sie den hieran zu stellenden Qualitätsanforderungen genügt. Insoweit hat das BSG im Urteil vom 19. April 2016 (B 1 KR 28/15 R –, juris Rn. 13 f.) ausgeführt:

»Eine nach zwingenden normativen Vorgaben ungeeignete Versorgung Versicherter ist nicht im Rechtssinne „erforderlich“ mit der Folge, dass das Krankenhaus hierfür keine Vergütung beanspruchen kann. Versicherte haben aufgrund des Qualitätsgebots (§ 2 Abs 1 S 3 SGB V) und des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs 1 SGB V) keinen Anspruch auf ungeeignete Leistungen, insbesondere auf Krankenbehandlung (§ 27 Abs 1 SGB V) einschließlich Krankenhausbehandlung. Krankenhäuser sind dementsprechend - außer in Notfällen - auch innerhalb ihres Versorgungsauftrags weder befugt, ungeeignet zu behandeln noch berechtigt, eine Vergütung hierfür zu fordern. (...) Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt nach dieser Gesetzeskonzeption uneingeschränkt auch im Leistungserbringungsrecht (...). Das SGB V macht keine Ausnahme hiervon für Krankenhausbehandlung (vgl. zum Ganzen auch BSGE 116, 138 = SozR 4-2500 § 12 Nr 4, RdNr 18 ff).

c) Die Vorschriften der QBAA-RL regeln als außenwirksame Normen (vgl § 91 Abs 6 SGB V) im Range untergesetzlichen Rechts in Gestalt von Richtlinien nach § 92 Abs 1 S 2 Nr 13 SGB V in diesem Sinne zwingende Qualitätsvorgaben. Nach § 3 Abs 1 QBAA-RL darf nämlich die elektive stationäre Versorgung von Patienten mit offen chirurgisch oder endovaskulär behandlungsbe-

dürftigem Bauchaortenaneurysma nur in Einrichtungen erfolgen, die die in den §§ 4 und 5 QBAA-RL festgelegten Anforderungen erfüllen. § 4 Abs 2 bis 4 QBAA-RL regelt personelle und fachliche Anforderungen, § 5 Abs 1 QBAA-RL Anforderungen an Organisation und Infrastruktur. Die Regelungen des § 3 Abs 1 iVm § 4 Abs 2 bis 4 und § 5 Abs 1 QBAA-RL sind wirksam. Der G-BA entschied aufgrund einer wirksamen Ermächtigungsgrundlage (§ 92 Abs 1 S 2 Nr 13 SGB V iVm § 137 SGB V) formal korrekt. Er machte rechtmäßig die elektive stationäre Versorgung von Patienten mit offen chirurgisch oder endovaskulär behandlungsbedürftigem Bauchaortenaneurysma davon abhängig, dass sie in Einrichtungen erfolgt, die die in den §§ 4 und 5 QBAA-RL festgelegten Anforderungen erfüllen. Er war nicht darauf beschränkt, Verstöße gegen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auf Vergütungsabschläge zu beschränken. Insbesondere konnte er die Befugnis des Krankenhauses zur Erbringung der Leistung auch von der Einhaltung dieser Anforderungen abhängig machen. Dies steht im Einklang mit der Regelungssystematik und entspricht in besonderer Weise dem Regelungszweck (zur Wirksamkeit der QBAA-RL ausführlich BSGE 116, 153 = SozR 4-2500 § 137 Nr 4, RdNr 13 ff; zur demokratischen Legitimation des GBA zum Erlass von Richtlinien: BSG Urteil vom 15.12.2015 - B 1 KR 30/15 R - vorgesehen für BSGE und SozR; zur Verfassungsmäßigkeit der Regelung des § 137 Abs 1 SGB V vgl im Übrigen unten, unter II 2. e).“

Daraus lässt sich zunächst die zentrale rechtliche Prämisse ableiten, dass der Vergütungsanspruch der Klägerin tatsächlich davon abhängt, ob sie die Vorgaben der QBAA-RL im Behandlungszeitpunkt eingehalten hat (so im Ergebnis auch schon BSGE 116, 153 ff., wozu sich allerdings äußerst beachtlich Gegenargumente in der vorausgehenden Berufungsentscheidung des HessLSG [Urt. v 15. April 2013 – L 1 KR 383/12 –, juris] finden). War dies nicht der Fall, kommt es demnach nicht darauf an, ob die Klägerin die Behandlung des Versicherten gleichwohl medizinisch lege artis durchgeführt und das Leben des Versicherten gerettet hat.

2. Die Beklagte war nicht gehalten, das Prüfverfahren beim MDK gem. § 275 Abs. 1 SGB V als Einzelfallprüfung einzuleiten, so dass sie auch nicht wegen Versäumung der Sechs-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V mit ihren Einwendungen ausgeschlossen ist. Sie konnte aufgrund des Gutachtens, vor der hier streitgegenständlichen Behandlung zuletzt vom 23. November 2011, davon ausgehen, dass die Qualitätsanfor-

derungen der QBAA-RL im Behandlungszeitpunkt generaliter nicht erfüllt waren, so dass es auf den Einzelfall der Behandlung des Versicherten nicht ankam.

3. Entgegen der Auffassung der Beklagten sowie des MDK waren jedoch die Anforderungen der QBAA-RL im Januar 2012 im Krankenhaus der Klägerin erfüllt.

a) Im Hinblick auf die Anforderungen zur Dienstbereitschaft des Operationssaals hatte die QBAA-RL in ihrem § 5 folgenden Wortlaut gem. der ab 1. Januar 2012 anzuwendenden Fassung der Richtlinie, die zuvor zuletzt am 24. November 2011 geändert worden war (BAnz. 2011, S. 4509):

**„§ 5 Anforderungen an Organisation und Infrastruktur**

*(1) Die präoperative Diagnostik des Bauchaortenaneurysmas gemäß § 1 Abs. 1 Satz 2 wird durch ein interdisziplinäres Team unter besonderer Berücksichtigung der Gefäßchirurgie, Radiologie, Inneren Medizin (Kardiologie, Pulmonologie, Gastroenterologie) und Labormedizin sichergestellt.*

*(2) Die nachfolgenden Einrichtungen müssen jederzeit für die Versorgung dienstbereit sein:*

- dem technischen Fortschritt und dem jeweiligen Behandlungsverfahren entsprechender Operationssaal mit anästhesiologischem Equipment und der Möglichkeit des invasiven Kreislaufmonitorings sowie Möglichkeiten der intraoperativen bildgebenden Diagnostik, insbesondere Angiographie,*
- Intensivstation in räumlicher Nähe zum Operationssaal mit der Möglichkeit der Behandlung von (Multi-) Organversagen,*
- dem technischen Fortschritt entsprechende bildgebende Verfahren über 24 Stunden mit der Möglichkeit zu Untersuchungen unter Narkose/Sedierung,*
- invasive Kardiologie, ggf. in Kooperation,*
- Nierenersatztherapie,*
- Labormedizin bzw. klinisch-chemisches Labor, Sicherstellung der Transfusionsmedizin.*

*(3) Operationssaal und Intensivstation sind in der Einrichtung gemäß § 1 Abs. 2 vorzuhalten. Die weiteren Anforderungen unter Abs. 2 können auch durch Kooperationen mit für die Versorgung von GKV-Patientinnen und -Patienten zugelassenen Institutionen oder Vertragsärzten nachgewiesen werden, sofern die in Abs. 2 definierten Anforderungen an die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit erfüllt werden. Für*

*jede kooperierende Einrichtung ist eine Ansprechpartnerin oder ein Ansprechpartner zu benennen.*

*(4) Die Einrichtung soll die Möglichkeit zur Weiterbildung für die Fachärztin und den Facharzt für Gefäßchirurgie bzw. im Schwerpunkt für Gefäßchirurgie (gemäß alter Weiterbildungsordnung, Übergangsregelung) einschließlich endovaskulärer Verfahren zugänglich machen. Die Fortbildungsverpflichtung für Fachärztinnen und Fachärzte im Krankenhaus bleibt davon unberührt.“*

aa) Diese Anforderungen betreffen, auch wenn sie (etwa im Vergleich zu § 4 QBAA-RL, in dem „Personelle und fachliche Anforderungen“ niedergelegt sind) nicht nur sächliche Einrichtungen des Operationssaals, sondern auch dessen Personal. Ein Operationssaal kann ohne ärztliches oder nichtärztliches Personal nicht betrieben werden.

Dies wird auch durch die nachfolgende Änderung der QBAA-RL deutlich, die am 22. November 2012 in Kraft getreten ist (BANz AT 21.11.2012 B1). Infolge der Änderung werden in § 5 der QBAA-RL nun unterschiedliche Regelungen in Bezug auf verschiedene Berufsgruppen im Operationssaal getroffen. In den „Tragende Gründen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma: Konkretisierung der strukturellen Anforderungen“ vom 16. August 2012 führt der G-BA auf Seite 5 insoweit aus:

*„Alle Einrichtungen, die ohne jeden Zeitverzug einsatzbereit sein müssen, werden nun auch so eingeordnet. Bei Leistungen, die aufgrund des unvermeidbaren zeitlichen Vorlaufs bis zur Notwendigkeit der Leistungserbringung nicht sofort erbracht werden müssen, reicht dagegen ein Rufbereitschaftsdienst aus. Klargestellt wird allerdings, dass das benötigte Personal (z.B. medizinisch-technische Röntgenassistentinnen und Röntgenassistenten) innerhalb der normierten Frist auch wirklich am Gerät (z.B. Angiografie, Digitale Subtraktionsangiografie) anwesend sein muss; um jeden unnötigen zeitlichen Verzug zu vermeiden.“*

Mit den Formulierungen zur Dienstbereitschaft des Operationssaals sind daher auch nach dem Willen des G-BA die personellen Voraussetzungen umfasst.

bb) Somit wird in § 5 Abs. 2 S. 1 QBAA-RL verlangt, dass auch das OP-Personal insgesamt „jederzeit für die Versorgung dienstbereit“ ist. An der Erfüllung dieser Voraussetzungen bestehen keine durchgreifenden Zweifel, auch wenn im Haus Klägerin im hier streitigen Behandlungszeitraum das OP-Personal jedenfalls teilweise „nur“ in Rufbereitschaft von zu Hause aus zum Dienst „bereit“ war. Jedenfalls kann der Klägerin ein solches Verständnis des Begriffs „dienstbereit“ nicht vergütungsmindernd oder gar -ausschließend entgegengehalten werden. Dies folgt aus dem jedenfalls zulässigen

Verständnis des Wortsinns wie auch aus der nachfolgenden, bereits in Bezug genommenen Änderung der QBAA-RL vom 16. August 2012.

(1) Zum Dienst bereit ist eine Person im Wortsinne, wenn sie in der Lage ist, ihren Dienst anzutreten, nicht also erst Vorbereitungen treffen muss, um sich zum Dienstantritt in die Lage zu versetzen. Sie muss sich nicht bereits „im Dienst“ befinden. Daher ist es jedenfalls vertretbar, die Anwesenheit einer Person im Krankenhaus der Klägerin nicht als zwingend für die Dienstbereitschaft als solche anzusehen, denn dann wäre die Bedienstete bereits im Krankenhaus im Dienst selbst. Dies ergibt sich auch aus dem geläufigen Begriff der „Rufbereitschaft“, die hier vorlag. Diese „Bereitschaft“ besteht natürlich in Bezug auf den dann zu verrichtenden Dienst infolge des entsprechenden „Rufs“. Hier wird also ohne Weiteres der Begriff der Bereitschaft in einem weiteren Sinne verwendet.

Ein anderes Ergebnis für das vorliegenden Verfahren ergäbe sich auch dann nicht, wenn der Beklagten zuzugeben wäre, dass der Begriff „dienstbereit“ grundsätzlich auch in ihrem Sinne verstanden werden kann, nämlich dahingehend, dass das OP-Personal im Krankenhaus anwesend sein muss und – bildlich gesprochen – nur noch in den Operationssaal selbst gehen muss, um mit der Arbeit zu beginnen. Denn bei den Richtlinien des G-BA handelt es sich um „außenwirksame Normen (vgl. § 91 Abs. 6 SGB V) im Range untergesetzlichen Rechts“ (so BSG, Urt. v. 19. April 2016 – B 1 KR 28/15 R –, juris Rn. 14). Damit müssen die G-BA-Richtlinien auch dem Gebot der Normenklarheit genügen. Hierzu hat das BVerfG ausgeführt (WM 2007, S. 1360 [1362]):

„Die Anforderungen an die Bestimmtheit und Klarheit der Norm dienen insbesondere auch dazu, die Verwaltung zu binden und ihr Verhalten nach Inhalt, Zweck und Ausmaß zu begrenzen (vgl. BVerfGE 56, 1, 12; 110, 33, 54). Dies setzt voraus, dass hinreichend klare Maßstäbe bereitgestellt werden. Die Entscheidung über die Grenzen der Freiheit des Bürgers darf nicht einseitig in das Ermessen der Verwaltung gestellt sein (vgl. BVerfGE 78, 214, 226 = WM 1989, 464). Dem Gesetz kommt im Hinblick auf den Handlungsspielraum der Exekutive eine begrenzende Funktion zu, die rechtmäßiges Handeln des Staates sichern und dadurch auch die Freiheit der Bürger schützen soll (vgl. BVerfGE 113, 348, 376). Darüber hinaus sollen die Normenbestimmtheit und die Normenklarheit die Gerichte in die Lage versetzen, die Verwaltung anhand rechtlicher Maßstäbe zu kontrollieren (vgl. BVerfGE 110, 33, 54 f.; 113, 348, 376 f.).“

Dazu gehört auch die Vorhersehbarkeit von Grundrechtseingriffen. Insoweit hat das BVerfG (2. Kammer des Zweiten Senats, Beschl. v. 3. September 2009 – 2 BvR 1826/09, juris Rn. 20) formuliert:

„Zu den Anforderungen an Grundrechtsbeschränkungen in diesem Sinne zählt namentlich das Bestimmtheitserfordernis, das in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts seit langem als wesentlicher rechtsstaatlicher Bestandteil der Rechtssicherheit im Sinne einer Vorhersehbarkeit von (insbesondere belastenden) Rechtsfolgen für den Grundrechtsträger anerkannt ist.“

Daher mussten zum Schutz der Klägerin, die nach der Rechtsprechung des BSG im Falle der Nichterfüllung der Voraussetzungen der QBAA-RL mit der Maximalsanktion des Vergütungswegfalls belastet wird, die QBAA-RL-Normen so klar sein, dass die Klägerin sicherstellen konnte, diese Sanktion zu vermeiden. Ergeben sich infolge der Begriffswahl des G-BA insoweit Abstriche an der Normenklarheit mit der Folge nur eingeschränkter Voraussehbarkeit, muss dies, wenn man die QBAA-RL insoweit nicht gar für nichtig halten wollte, kompensiert werden. Dies muss dadurch geschehen, dass bei der Normauslegung zugunsten der Klägerin als Leistungserbringerin jedes jedenfalls *mögliche* Begriffsverständnis akzeptiert wird, auch wenn ein anderes (engeres) denkbar wäre. Selbst wenn es also unter Heranziehung weiterer, etwa medizinischer, Wertungen naheliegender gewesen wäre, den Begriff „dienstbereit“ im Sinne einer permanenten Anwesenheit des OP-Personals zu verstehen, kann der Klägerin angesichts des *möglichen* Wortsinns jedenfalls dieses engere Begriffsverständnis nicht anspruchshindernd oder -vernichtend entgegengehalten werden. Sie durfte ihn daher durchaus im Sinne einer (bloßen) Rufbereitschaft verstehen, eine solche praktizieren und erfüllte somit die Vorgaben gem. § 5 Abs. 2 QBAA-RL.

(2) Auch der G-BA selbst hat durch die Änderungen mit Wirkung vom 22. November 2012 ein solches weites Begriffsverständnis dokumentiert. § 5 Abs. 2 QBAA-RL lautet gem. Beschluss des G-BA vom 16. August 2012 wie folgt:

*„Die nachfolgenden Einrichtungen müssen jederzeit und sofort für die Versorgung einsatzbereit sein:*

- *dem technischen Fortschritt und dem jeweiligen Behandlungsverfahren entsprechender Operationssaal mit anästhesiologischem Equipment und der Möglichkeit des invasiven Kreislaufmonitorings sowie Möglichkeiten der prä- und intraoperativen bildgebenden Diagnostik,*
- *Intensivstation in räumlicher Nähe zum Operationssaal mit der Möglichkeit der Behandlung von (Multi-) Organversagen,*
- *Labormedizin bzw. klinisch-chemisches Labor, Sicherstellung der Transfusionsmedizin.*

*Weiterhin müssen geeignete bildgebende Verfahren mit der Möglichkeit zu Untersuchungen unter Narkose/Sedierung auch im Operationssaal vorhanden sein. Das hierfür notwendige Personal muss innerhalb von 30 Minuten am Gerät verfügbar sein. Zudem müssen binnen 24 Stunden die invasive Kardiologie und die Nierenerersatztherapie einsatzbereit sein.“*

Der Begriff „dienstbereit“ wurde in Satz 1 somit nunmehr durch „einsatzbereit“ ersetzt, was zunächst sprachlich deutlich macht, dass insoweit Unterschiede bestehen. Zur jederzeitigen *Einsatzbereitschaft* (im Operationssaal) sind andere Bedingungen zu erfüllen als (nur) „dienstbereit“ zu sein. Vor allem aber wird klar, dass der G-BA mit seiner früheren Wortwahl „dienstbereit“ zumindest auch Formen der Rufbereitschaft umfasst sehen wollte. Denn nunmehr differenziert er zwischen verschiedenen Berufsgruppen des OP-Personals und unterscheidet solche Personen, die jederzeit „einsatzbereit“ sein müssen und solchen, die (in damit möglicher Rufbereitschaft) erst „innerhalb von 30 Minuten am Gerät verfügbar sein“ müssen (zur Anwendung bildgebender Verfahren). Beides hatte der G-BA zuvor in der bis zum 21. November 2012 geltenden Fassung einheitlich unter dem Begriff „jederzeit dienstbereit“ gefasst. Damit bestätigt der G-BA, dass in dem hier Streitgegenständlichen Behandlungszeitpunkt mit diesem Begriff sowohl die sofortige Einsatzbereitschaft durch Anwesenheit im Krankenhaus als auch die Rufbereitschaft von zu Hause beschrieben worden ist. Wenn die Klägerin demnach die Rufbereitschaft als „dienstbereit“ im Sinne von § 5 QBAA-RL interpretiert hat, befand sie sich in Übereinstimmung mit dem Begriffsverständnis, wie es zumindest auch seitens des G-BA zugrunde gelegt wurde.

Erst recht gilt dies, wenn man die „Tragende Gründen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauch-aortenaneurysma: Konkretisierung der strukturellen Anforderungen“ vom 16. August 2012 heranzieht, in denen zu § 5 Abs. 2 QBAA-RL ausgeführt wird (Hervorhebung nicht im Original):

*„Zu den Anforderungen an die zeitliche Verfügbarkeit der notwendigen Einrichtungen in § 5 Abs. 2 Satz 1 QBAA-RL gab es mehrere Nachfragen, die eine Konkretisierung nahelegten. Die Diskussion in den zuständigen Gremien ergab die Notwendigkeit einer differenzierteren Regelung, da die aufgezählten Einrichtungen aus fachlicher Sicht mit unterschiedlicher zeitlicher Dringlichkeit zur Verfügung stehen müssen.*

*Alle Einrichtungen, die ohne jeden Zeitverzug einsatzbereit sein müssen, werden nun auch so eingeordnet. Bei Leistungen, die aufgrund des unvermeidbaren zeitlichen Vorlaufs bis zur Notwendigkeit der Leistungserbringung*

*nicht sofort erbracht werden müssen, reicht dagegen ein Rufbereitschaftsdienst aus. Klargestellt wird allerdings, dass das benötigte Personal (z.B. medizinisch-technische Röntgenassistentinnen und Röntgenassistenten) innerhalb der normierten Frist auch wirklich am Gerät (z.B. Angiografie, Digitale Subtraktionsangiografie) anwesend sein muss, um jeden unnötigen zeitlichen Verzug zu vermeiden. Leistungen, die prinzipiell notwendig, aber nicht gleichermaßen zeitkritisch sind, müssen spätestens am nächsten Tag erbracht werden können, da eine notfallmäßige Erbringung außerhalb der normalen täglichen Arbeitszeit bei Patientinnen und Patienten mit elektivem Bauchaortenaneurysmaeingriff aus fachlicher Sicht nicht notwendig ist.“*

Hieraus ergibt sich, dass der G-BA zuvor eine weniger differenzierte Regelung vorgenommen hat, sprich: Es gab nur eine allgemeine Vorgabe, die für die Klägerin jedenfalls keinen konkreten Rückschluss auf die Frage zuließ, welche Berufsgruppen im Krankenhaus anwesend und damit „einsatzbereit“ sein mussten und welche „nur“ in Rufbereitschaft „dienstbereit“ zu sein brauchten. Diese (differenzierende) Bestimmung wurde erst ab dem 22. November 2012 durch den Änderungsbeschluss vom 16. August 2012 vorgenommen und die als sofort einsatznotwendig beschriebenen Einrichtungen (und damit einschließlich des dazu erforderlichen Personals) erst ab dieser Änderung („nun“) so „eingeordnet“. Dies bedeutet im Umkehrschluss: Zuvor waren sie gerade noch *nicht* seitens des G-BA „so“ eingeordnet.

Es kommt daher entgegen der Argumentation der Beklagten wie auch des MDK im Rahmen des Rechtsstreits nicht darauf an, ob die medizinischen Erfordernisse zur Patientensicherheit eine sofortige Einsatzbereitschaft im Anwendungsbereich der QBAA-RL erforderten; denn jedenfalls ergibt sich dies als Voraussetzung des Vergütungsanspruchs, um den es hier geht, nicht aus der Richtlinie selbst. Die Sanktion des Vergütungsverlusts kann daher nicht zu Lasten der Klägerin angenommen werden.

(3) Fehlte es somit in der QBAA-RL bis zum 22. November 2012 an einer entsprechenden Bestimmung, mit der der G-BA die Anwesenheit des Personals im Krankenhaus selbst unter Ausschluss einer bloßen Rufbereitschaft angeordnet hat, genügte die Klägerin insoweit den Anforderungen der Richtlinie, indem sie das OP-Personal als Rufbereitschaft vorhielt. Ein Vergütungsausschluss ist damit nicht eingetreten.

b) Die Klägerin hat im streitgegenständlichen Zeitraum auch nicht gegen sonstige Vorgaben der QBAA-RL verstoßen. Dem hier streitgegenständlichen Behandlungszeitraum voraus wurde zuletzt unter dem 23. November 2011 ein Gutachten des MDK Hessen zu den Voraussetzungen der QBAA-RL erstellt, das seinerseits wiederum auf frühere MDK-Gutachten vom 23. November 2010 und vom 28. Februar 2011 Bezug nimmt. Diesbezüg-



4. Nach alledem kann die Klägerin zu Recht eine Vergütung für die hier streitgegenständliche Behandlung des Versicherten verlangen, deren Höhe entsprechend der Vergütungsrechnung vom 31. Januar 2012 zwischen den Beteiligten nicht umstritten ist. Daher hat die Klage insoweit vollumfänglich Erfolg.

5. Der Zinsanspruch folgt aus § 10 Abs. 5 des Vertrages über die Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V für das Land Hessen.

6. Die Kostenentscheidung beruht auf § 154 Abs. 1 VwGO i.V.m. § 197a SGG.

### **R e c h t s m i t t e l b e l e h r u n g**

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.  
Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim

**Hessischen Landessozialgericht, Steubenplatz 14, 64293 Darmstadt**  
**(FAX-Nr. (0 61 51) 80 43 50)**

schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift der Urkundsbeamtin/des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem

**Sozialgericht Fulda, Am Hopfengarten 3, 36037 Fulda**  
**(FAX-Nr. (0661) 924-2530),**

schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift der Urkundsbeamtin/des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist oder
- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in

der jeweils gültigen Fassung. Über das Justizportal des Bundes und der Länder ([www.justiz.de](http://www.justiz.de)) können weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem

**Sozialgericht Fulda, Am Hopfengarten 3, 36037 Fulda  
(FAX-Nr. (0661) 924-2530),**

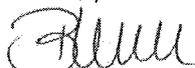
schriftlich oder in elektronischer Form zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigelegt war.

Der Berufungsschrift- bzw. Antragsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden. Dies gilt nicht bei der Übermittlung elektronischer Dokumente.

gez. Dr. Schütz  
Direktor des Sozialgerichts

Ausgefertigt:  
Fulda, den 06.02.2019



(Blum) Verwaltungsangestellte  
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

